

日本未病システム学会入会申込書

ご記入のうえFAX:03-5647-0977もしくは郵便にてお送りください。おって年会費(¥6,000)納入書をお送りいたします。

①職業については主たるものをご記入ください。②所属部会は1部会となりますが各部会活動への参加は自由です。

入会手続きは学会ホームページ <http://www.mibyou.gr.jp/>からもできます。

記入日: 年 月 日

フリガナ:	生年月日:	性別:
氏名:	19 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先・部署:		役職:
勤務先住所: 〒 (ビル名もご記入ください) 都 道 郡 市 府 県 区		
勤務先TEL:		勤務先FAX:
勤務先E-mail:		@
自宅住所: 〒 (マンション名もご記入ください) 都 道 郡 市 府 県 区		
自宅TEL:		自宅FAX:
自宅E-mail:		@
【職業:該当する□にチェックおよび()にご記入ください】※主たるものに1つ <input type="checkbox"/> 医師 専門分野() <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬学・薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養学・栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 看護学・看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 東洋医学・漢方 <input type="checkbox"/> 鍼師・灸師 <input type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 研究職 <input type="checkbox"/> 教育職 <input type="checkbox"/> 製薬関係 <input type="checkbox"/> 食品関係 <input type="checkbox"/> 一般・その他()		【所属部会】※1部会のみ <input type="checkbox"/> 医師部会 <input type="checkbox"/> 薬剤部会 <input type="checkbox"/> 臨床検査部会 <input type="checkbox"/> 栄養部会 <input type="checkbox"/> 看護部会 <input type="checkbox"/> 東洋医学部会 <input type="checkbox"/> 歯科部会 <input type="checkbox"/> 一般・その他 【学会誌送付先】※全ての通知が送られます <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅
【未病テキスト購入】 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		【関心分野・学会への抱負などがあればご記入ください】

日本未病システム学会事務局

〒123-0864 東京都足立区鹿浜5-11-1 TEL/FAX:03-5647-0977 E-mail:office@mibyou.gr.jp

以下は事務局にて記入します

送付日:	処理日(入金日):	会員番号:	通知日:
------	-----------	-------	------